



Influenza-Monatsbericht

Buda S, Schweiger B, Buchholz U, Prahm K, Gau P, Preuß U, Haas W
und die AGI-Studiengruppe¹

Kalenderwochen 37 bis 39 (09.09. bis 29.09.2017)

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Mit diesem Monatsbericht endet die Berichterstattung für die Saison 2016/17. Ab der nächsten Woche beginnt die wöchentliche Berichterstattung für die neue Saison 2017/18.

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) ist von der 37. bis zur 39. Kalenderwoche (KW) 2017 bundesweit gestiegen, die Werte des Praxisindex lagen weiterhin im Bereich der ARE-Hintergrund-Aktivität und damit insgesamt auf einem für die Jahreszeit üblichen Niveau.

Im Nationalen Referenzzentrum für Influenza (NRZ) wurden zwischen der 37. und der 39. KW 2017 in 69 (43 %) von 159 Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert. Von diesen 69 Proben mit Virusnachweis waren 60 Proben positiv für Rhinoviren, acht Proben für Adenoviren, zwei Proben für humane Metapneumoviren und eine Probe für Influenza A(H3N2)-Viren. Zwei Patienten hatten eine Doppelinfektion.

Im Berichtszeitraum wurden nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) bislang 54 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt. Damit sind seit der 40. Meldewoche (MW) 2016 114.532 an das RKI übermittelt worden (Datenstand 04.10.2017).

Akute Atemwegserkrankungen (ARE)

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) ist bundesweit im Berichtszeitraum von der 37. bis zur 39. KW 2017 insgesamt gestiegen (Tab. 1, Abb. 1). Der Praxisindex lag in allen AGI-Groß-Regionen auf einem jahreszeitlich üblichen, niedrigen Niveau im Bereich der Hintergrund-Aktivität. In der 39. KW 2017 lagen die Werte für die ARE-Aktivität in Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz/Saarland auf einem geringfügig erhöhten Niveau.

Tab. 1: Praxisindex* (bis 115 entspricht der ARE-Hintergrund-Aktivität) in den vier AGI-Großregionen und den zwölf AGI-Regionen Deutschlands von der 33. bis zur 39. KW 2017.

AGI-(Groß-)Region	33. KW	34. KW	35. KW	36. KW	37. KW	38. KW	39. KW
Süden	48	51	47	49	55	84	100
Baden-Württemberg	48	45	50	52	48	84	105
Bayern	49	57	44	46	62	85	95
Mitte (West)	42	58	71	74	106	116	104
Hessen	32	59	51	75	85	98	70
Nordrhein-Westfalen	44	48	52	53	85	111	116
Rheinland-Pfalz, Saarland	51	67	109	94	148	138	125
Norden (West)	48	48	51	57	68	79	83
Niedersachsen, Bremen	52	58	63	74	80	81	86
Schleswig-Holstein, Hamburg	43	37	39	40	57	76	80
Osten	41	54	53	67	81	95	97
Brandenburg, Berlin	35	45	44	46	76	92	98
Mecklenburg-Vorpommern	42	37	33	40	71	90	104
Sachsen	42	65	65	91	78	78	102
Sachsen-Anhalt	44	62	55	69	93	107	78
Thüringen	44	62	69	90	85	105	105
Gesamt	45	54	58	63	79	94	98

Bemerkung: Bitte beachten Sie, dass nachträglich eingehende Meldungen die Werte in den Folgewochen noch verändern können.

¹ Die Mitglieder der AGI-Studiengruppe sind aufgeführt unter: <https://influenza.rki.de/Studiengruppe.aspx>

* Praxisindex bis 115: Hintergrund-Aktivität; 116 bis 135: geringfügig erhöhte ARE-Aktivität; Praxisindex 136 bis 155: moderat erhöhte ARE-Aktivität; Praxisindex 156 bis 180: deutlich erhöhte ARE-Aktivität; Praxisindex > 180: stark erhöhte ARE-Aktivität

An der ARE- und Influenza-Surveillance der AGI haben sich in der Saison 2016/17 bisher 554 registrierte Arztpraxen mit mindestens einer Wochenmeldung aktiv beteiligt. Für die aktuellen Auswertungen der 37. bis 39. KW 2017 lagen bisher zwischen 325 und 378 Meldungen pro KW vor. Durch Nachmeldungen können sich noch Änderungen ergeben.

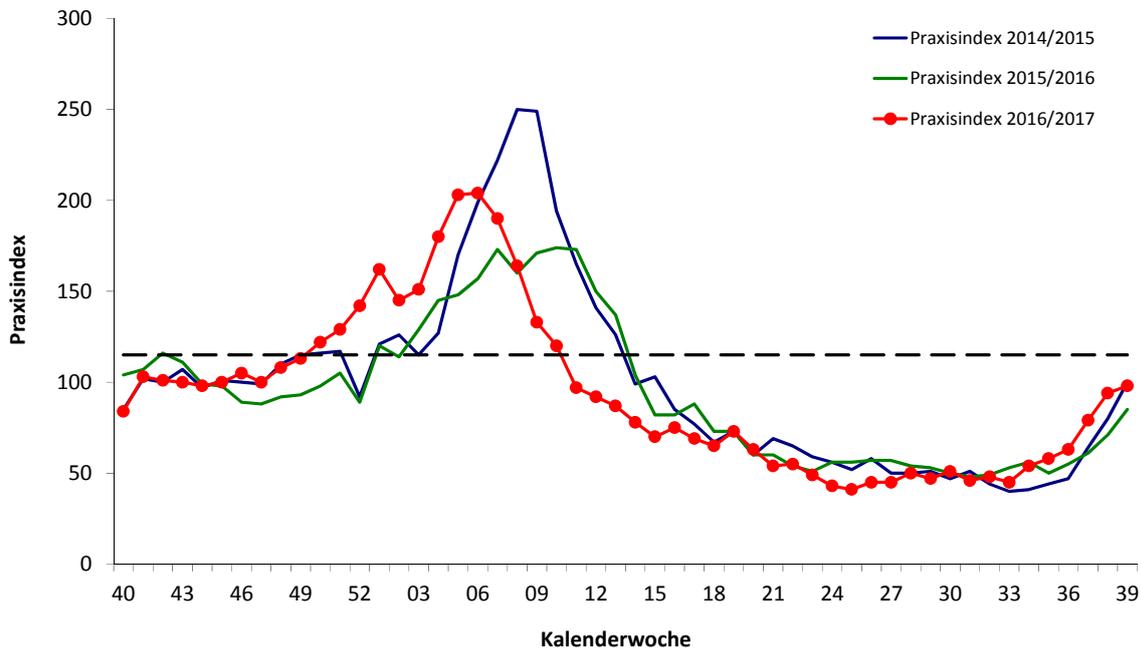


Abb. 1: Praxisindex bis zur 39. KW 2017 im Vergleich zu den Saisons 2014/15 und 2015/16 (Hintergrund-Aktivität bis zu einem Praxiswert von 115, gestrichelte Linie).

Die Werte der Konsultationsinzidenz sind innerhalb des Berichtszeitraums leicht gestiegen, im Vergleich zur 38. KW sind die Werte in der 39. KW gesunken (Abb. 2).

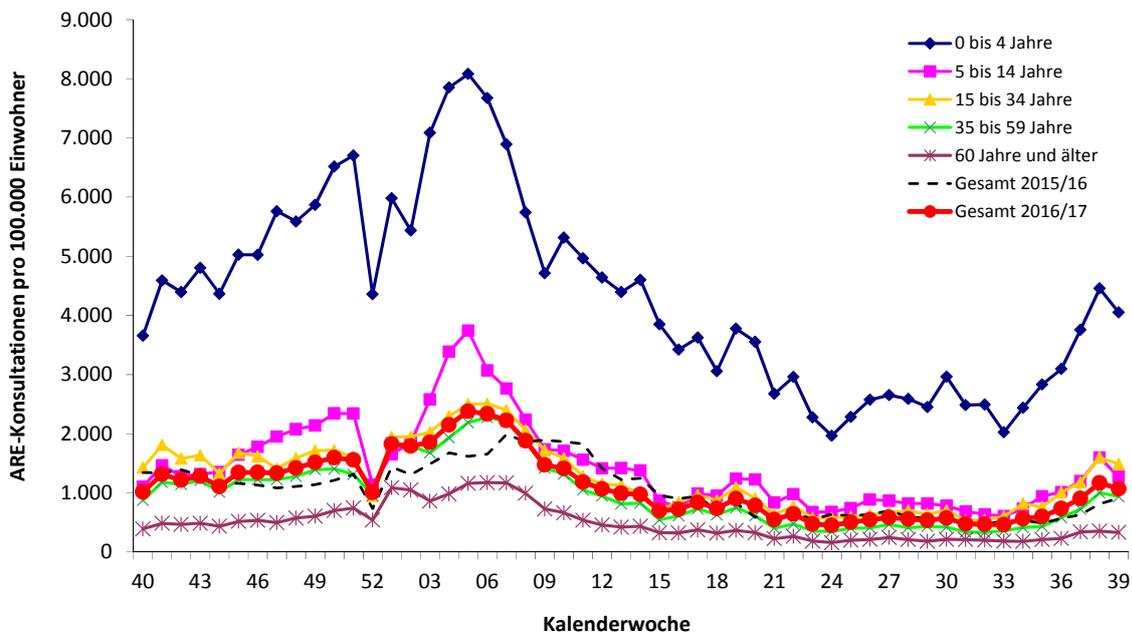


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2016 bis zur 39. KW 2017 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in der jeweiligen Altersgruppe. Die Gesamt-Konsultationsinzidenz der Vorsaison 2015/16 ist ebenfalls dargestellt.

Die Diagramme für Deutschland und die einzelnen AGI-Regionen sind aktuell abrufbar unter:
<https://influenza.rki.de/Diagrams.aspx>.

Ergebnisse der virologischen Analysen im NRZ für Influenza

Dem Nationalen Referenzzentrum für Influenza (NRZ) wurden von der 37. bis zur 39. KW 2017 insgesamt 159 Sentinelproben von 42 Arztpraxen aus allen zwölf AGI-Regionen zugesandt. In 69 (43 %) von 159 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2).

In 60 (38 %; 95 %-Konfidenzintervall (KI) [30; 46]) Proben wurden Rhinoviren, in acht (5 %; 95 %-KI [2; 10]) Proben wurden Adenoviren, in zwei (1 %; 95 %-KI [0; 5]) Proben wurden humane Metapneumoviren und in einer (1 %; 95 %-KI [0; 4]) Probe wurden Influenza A(H3N2)-Viren nachgewiesen (Tab. 2; Datenstand 04.10.2017). Zwei Patienten hatten eine Doppelinfektion mit Adeno- und Rhinoviren (39. KW).

Tab. 2: Anzahl der seit der 40. KW 2016 (Saison 2016/17) im NRZ für Influenza im Rahmen des Sentinels identifizierten Influenza-, RS-, hMP-, Adeno- und Rhinoviren

	34. KW	35. KW	36. KW	37. KW	38. KW	39. KW	Gesamt ab 40. KW 2016
Anzahl eingesandter Proben*	25	39	39	47	63	49	5.333
Probenanzahl mit Virusnachweis	13	20	19	20	29	20	2.828
Anteil Positive (%)	52	51	49	43	46	41	53
Influenza A(H3N2)	0	0	0	0	1	0	1.309
A(H1N1)pdm09	0	0	0	0	0	0	9
B	0	0	0	0	0	0	84
Anteil Positive (%)	0	0	0	0	2	0	26
RS-Viren	0	0	0	0	0	0	428
Anteil Positive (%)	0	0	0	0	0	0	8
hMP-Viren	0	0	0	0	2	0	115
Anteil Positive (%)	0	0	0	0	3	0	2
Adenoviren	1	0	1	1	2	5	209
Anteil Positive (%)	4	0	3	2	3	10	4
Rhinoviren	12	20	19	19	24	17	813
Anteil Positive (%)	48	51	49	40	38	35	15

* Die Anzahl der eingesandten Proben kann von der Summe der negativen und positiven Proben abweichen, wenn Mehrfachinfektionen (z. B. mit Influenza- und Rhinoviren) nachgewiesen wurden. Positivenrate = Anzahl positiver Proben / Anzahl eingesandter Proben, in Prozent.

Die ARE-Aktivität ist gemäß den virologischen Ergebnissen von der 37. bis zur 39. KW hauptsächlich auf Rhinoviren zurückzuführen (Abb. 3).

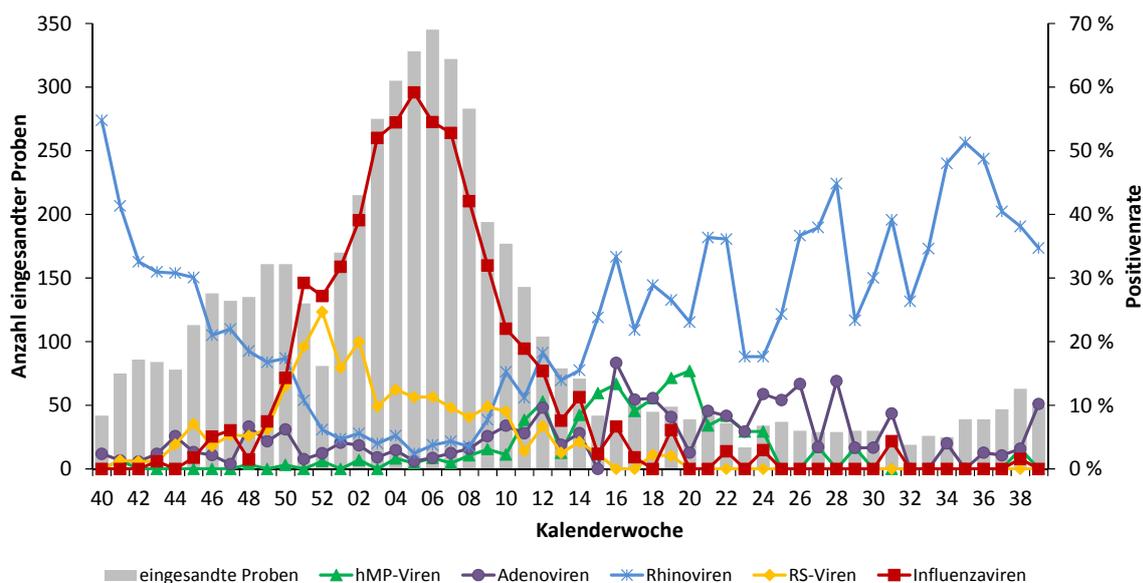


Abb. 3: Anteil positiver Influenza-, RS-, hMP-, Adeno- und Rhinoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (Positivenrate, rechte y-Achse, Linien) sowie die Anzahl der an das NRZ für Influenza eingesandten Sentinelproben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2016 bis zur 39. KW 2017.

Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Für die 37. bis 39. MW 2017 wurden bislang 54 labordiagnostisch bestätigte Influenzainfektionen (darunter 35 klinisch-laboridiagnostisch bestätigte Erkrankungen gemäß Referenzdefinition²) an das RKI übermittelt (Tab. 3). Bei 16 (30 %) Fällen wurde angegeben, dass die Patienten hospitalisiert waren. Im aktuellen Berichtszeitraum wurde bei drei Fällen eine Exposition im Ausland angegeben (Jordanien, südliches Afrika und Brasilien).

Seit der 40. MW 2016 wurden insgesamt 114.557 labordiagnostisch bestätigte Influenzainfektionen (darunter 90.436 klinisch-laboridiagnostisch bestätigte Erkrankungen gemäß Referenzdefinition²) an das RKI übermittelt. Bei 26.343 (23 %) Fällen war angegeben, dass die Patienten hospitalisiert waren (Datenstand 04.10.2017).

Seit der 40. MW 2016 wurden 725 Todesfälle mit laborbestätigter Influenzainfektion an das RKI übermittelt, davon 682 (94 %) aus der Altersgruppe der über 59-Jährigen. Bei den Fällen wurde als Erreger 643-mal Influenza A, 43-mal Influenza nicht nach A und B differenziert, 21-mal Influenza B-Virus, 16-mal Influenza A(H3N2) und zweimal Influenza A(H1N1)pdm09-Virus angegeben.

Tab. 3: Gemäß IfSG an das RKI übermittelte Influenzafälle nach Meldewoche (MW) und Influenzaty/-subtyp (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorien C-E²)

	34. MW	35. MW	36. MW	37. MW	38. MW	39. MW	Gesamt ab 40. MW 2016
Influenza A(nicht subtypisiert)	1	4	12	7	12	14	96.566
A(H1N1)pdm09	0	0	1	0	0	1	341
A(H3N2)	0	1	0	1	0	2	5.580
nicht nach A / B differenziert	0	0	1	1	0	2	5.174
B	1	7	3	4	2	8	6.896
Gesamt	2	12	17	13	14	27	114.557

Bitte beachten Sie, dass später eingehende Meldungen die Werte für die aktuelle Woche und die Vorwochen noch verändern können

Daten aus dem bevölkerungsbasierten Überwachungsinstrument GrippeWeb

Die für die Bevölkerung in Deutschland geschätzte Rate von Personen mit einer neu aufgetretenen akuten Atemwegserkrankung (ARE, mit Fieber oder ohne Fieber) schwankte von der 37. bis zur 39. KW (11.09. bis 01.10.2017) zwischen 7,7 % und 8,4 %. Die Rate der grippeähnlichen Erkrankungen (ILI, definiert als ARE mit Fieber) sank im Berichtszeitraum von 1,7 % auf 0,8 %. Durch Nachmeldungen können sich die Werte der Vorwochen zum Teil noch deutlich verändern. Weitere Informationen und ausführlichere Ergebnisse erhalten Sie unter: <https://grippeweb.rki.de>.

Daten aus der ICD-10-Code basierten SARI-Surveillance des RKI (ICOSARI)

Das RKI hat im Rahmen einer wissenschaftlichen Kooperation mit der HELIOS Kliniken GmbH eine ICD-10-Code basierte Krankenhaussurveillance schwerer akuter respiratorischer Infektionen (ICOSARI)³ aufgebaut, mit der die Influenzaüberwachung des RKI im stationären Bereich ergänzt wird.

Im Zeitraum von der 35. KW bis zur 37. KW 2017 ist die Gesamtzahl der stationär behandelten Fälle mit akuten respiratorischen Infektionen (SARI-Fälle) stabil geblieben (Abb. 4). In den jüngeren Altersgruppen der 0- bis 4-Jährigen sowie der 5- bis 14-Jährigen kam es zu einem leichten Anstieg der Fallzahlen. Die SARI-Fallzahlen befinden sich jedoch weiterhin in allen Altersgruppen auf einem zu den Vorjahren vergleichbar niedrigen Niveau. Zu beachten ist, dass sich die Zahlen in der aktuellen Saison durch aktualisierte Daten in den Folgewochen noch ändern können.

² Nähere Informationen sind abrufbar unter http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Falldefinition/falldefinition_node.html

³ Nähere Informationen sind abrufbar unter <https://influenza.rki.de/Saisonberichte/2016.pdf> Kapitel 7.2, ICOSARI – ICD-10-Code basierte Krankenhaussurveillance schwerer akuter respiratorischer Infektionen, Seite 72.

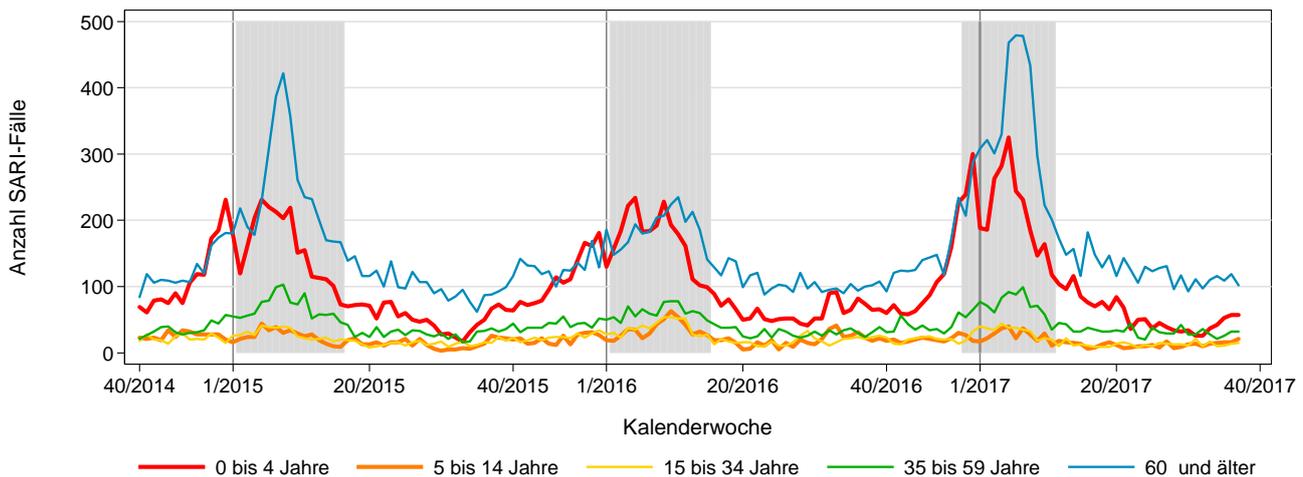


Abb. 4: Wöchentliche Anzahl der SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit einer Verweildauer bis zu einer Woche von der 40. KW 2015 bis zur 37. KW 2017, Daten aus 78 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle ist grau hinterlegt.

Internationale Situation

Ergebnisse der globalen Influenzasurveillance (WHO-Update Nr. 299 vom 02.10.2017)

Die Ergebnisse im Update der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beruhen auf Daten bis zum 17.09.2017. In den Ländern der gemäßigten Zone der nördlichen Hemisphäre wurde über eine weiterhin niedrige Influenza-Aktivität berichtet. Eine weiterhin hohe Influenza-Aktivität wurde in den Ländern der gemäßigten Zone der südlichen Hemisphäre sowie in manchen Ländern Süd- und Südostasiens beobachtet. In Zentralamerika und in der Karibik wurde in einigen Ländern über eine niedrige Influenza-Aktivität in berichtet. Weltweit dominierten Influenza A(H3N2)-Viren.

Ausführliche Informationen sind abrufbar unter: http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/en/.

Empfehlung zur Zusammensetzung des Influenzaimpfstoffs in der südlichen Hemisphäre 2018

Die WHO hat die Empfehlung zur Zusammensetzung des Influenzaimpfstoffs in der südlichen Hemisphäre 2018 veröffentlicht:

Influenza A(H1N1)-Komponente: ein A/Michigan/45/2015 (H1N1)pdm09-ähnliches Virus,
 Influenza A(H3N2)-Komponente: ein A/Singapore/INFIMH-16-0019/2016 (H3N2)-ähnliches Virus,
 Influenza B-Komponente: ein B/Phuket/3073/2013-ähnliches Virus aus der Yamagata-Linie.

Für quadrivalente Impfstoffe, die eine zweite B-Komponente enthalten, wird zusätzlich zu den oben genannten ein B/Brisbane/60/2008-ähnliches Virus aus der Victoria-Linie empfohlen.

Weitere Informationen und der ausführliche Bericht zur Empfehlung sind abrufbar (in englischer Sprache) unter: http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/2018_south/en/.

Hinweis in eigener Sache

Wie wird in Deutschland Respiratorisches Synzytial-Virus (RSV) kodiert?

Eine Befragung des Robert Koch-Instituts zu akuten Atemwegsinfektionen

Im Rahmen der Surveillance akuter Atemwegsinfektionen möchte das RKI mehr über die Inanspruchnahme von labordiagnostischen Untersuchungen und die Nutzung von ICD-10-Diagnosecodes bei akuten Atemwegsinfektionen, speziell bei Erkrankungen mit Verdacht auf RSV- bzw. Influenzainfektion, erfahren.

Die Befragung richtet sich an primärversorgende Ärztinnen und Ärzte in Kinder- und Hausarztpraxen in Deutschland. Die Befragung wird anonym durchgeführt. Wir würden uns freuen, wenn Sie an unserer Online-Befragung teilnehmen. Die Beantwortung der Fragen dauert etwa 10 Minuten.

Link zur Befragung: https://befragungen.rki.de/SE/1/rsv_befragung/